ТОМСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР АМН РФ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

В. Я. СЕМКЕ, О. К. ГАЛАКТИОНОВ,
А. И. МАНДЕЛЬ, Н. А. БОХАН,
Л. В. МЕЩЕРЯКОВ

АЛКОГОЛИЗМ:
РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

Под общей редакцией В. Я. Семке



ИЗДАТЕЛЬСТВО ТОМСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Томск — 1992

УДК 616.89—008.441.13.486 : 616.058.01 : 616—071.1.2+572.5/571.16

Семке В. Я., Галактионов О. К., Мандель А. И., Бохан Н. А., Мещеряков Л. В. **Алкоголизм: региональный аспект.** Томск: Изд-во Том. ун-та, 1992. — 221 с. — 1000 экз. 4108110000.

В монографии впервые в отечественной литературе с позиции мультифакториального подхода проанализирован комплекс признаков, определяющих развитие алкоголизма у населения сибирского региона. Даны обобщенные характеристики клинико-социальных, неврологических, психологических и конституционально-морфологических особенностей больных и лиц из «группы риска» по отношению к этанолу. Выделенные на основе многомерного статистического анализа симптомокомплексы позволили дифференцировать и впервые описать два варианта течения заболевания (социально компенсированный и социально декомпенсированный) с альтернативной динамикой, терапевтическим исходом и прогнозом у больных с различными морфофенотипами, психоэмоциональными особенностями и адаптационными возможностями в условиях исследуемого региона. Предложены новые организационно-методические подходы к реабилитации и профилактике алкоголизма в регионе.

Для психиатров, врачей-наркологов, медицинских психологов, научных работников, занимающихся проблемами алкоголизма, организаторов здравоохранения.

Рецензент: доктор медицинских наук, профессор
В. Б. Миневич

ISBN 5—7511—0351—3

С $\frac{4108110000}{177(012)-92}$ 70—92

ОГЛАВЛЕНИЕ

Качественные изменения в процессе эпидемиологического изучения алкоголизма по восточному региону страны внесла деятельность отдела эпидемиологии НИИ психического здоровья Томского научного центра Российской академии меднаук. Начиная с 1981 года осуществлялась последовательная оценка эпидемиологической обстановки в отдельных областях и краях региона, включая проблему наркоманий и алкоголизма. В рамках народнохозяйственной программы «Здоровье человека в Сибири» проведена координация научных исследований в регионе, совместным итогом которой явилось издание «Атласа основных психических заболеваний в Сибири и на Дальнем Востоке» (Томск, 1988). Помимо свода представленных статистических данных получены достоверные сведения о распространенности основной нервно-психической патологии и алкоголизма в ходе комплексных научных экспедиций «на места» (север Тюменской и Томской областей, Якутская и Тувинская республики, Алтайский, Приморский, Хабаровский и Красноярский края, Амурская, Читинская, Кемеровская, Омская области), а также в рамках трехлетней программы реализации совместных международных научных исследований с наркологами Монголии. Все сказанное позволяет опровергнуть утверждение, будто «большой» эпидемиологии алкоголизма в Сибири попросту нет.

Как показали совместные, комплексные научные исследования ученых и организаторов практического здравоохранения региона, выполненные в рамках республиканской программы «Здоровье человека в Сибири» (блок «Основные психические заболевания и наркология»), для сибирской и дальневосточной территории особенно актуальным представляется изучение пограничных нервно-психических расстройств, эндогенных заболеваний (прежде всего шизофрении) и алкоголизма: именно эти группы заболеваний приносят наиболее существенный вред состоянию здоровья людей, отрицательно влияют на демографические показатели, дестабилизируют трудовые коллективы, требуют больших финансовых затрат для оказания специализированной помощи. Динамика психических заболеваний населения восточного региона страны за последние 26 лет отраже-

на графически для каждой отдельной территориально-экономической зоны Сибири и Дальнего Востока.

Как видно из рис. 1, за указанный период (с 1961 по 1987 г.) число выявленных и взятых на учет больных по западно-сибирскому региону увеличилось более чем в

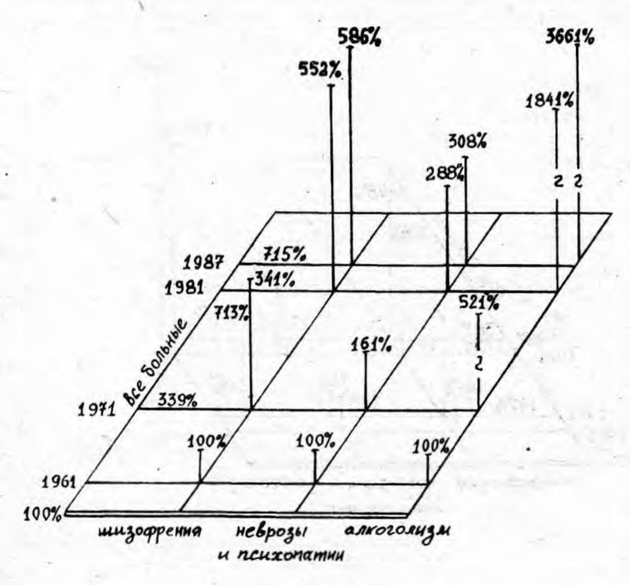


Рис. 1

7 раз (за первое десятилетие в 3,4 раза, за второе 7,1 раза). При этом число эндогеннообусловленных расстройств увеличилось в 5,8 раза (за первое и второе десятилетие соответственно на 341 и 552%), а количество психогеннообусловленных (неврозы) и конституциональнообусловленных (психопатии) отклонений — в 3 раза (в первое десятилетие на 161%, во второе на 288% по сравнению с исходными показателями 1961 года). В то же время число лиц, страдающих алкоголизмом, возросло за рассматриваемый период на 3661% (в 1971 году — на 521%; в 1981 году — на 1841%). Такой существенный прирост выявления больных алкоголизмом связан с организацией и последующей дифференциацией наркологической службы, увеличением кадров врачей-нарко-

логов, развертыванием амбулаторной и стационарной наркологической помощи.

Динамика психической заболеваемости населения по Восточной Сибири (рис. 2) характеризуется существенно меньшим ростом статистических показателей. Так, суммарное число больных с основной нервнопсихической

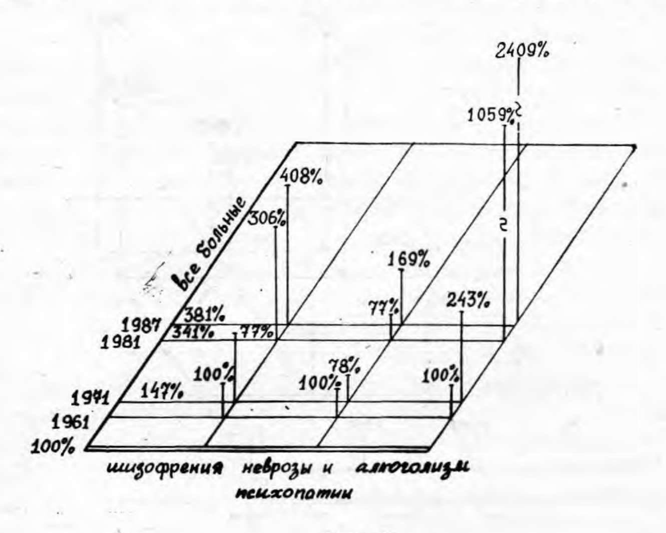


Рис. 2

патологией к 1987 году превысило исходный уровень 1961 года в 3,8 раза (за первое десятилетие — в 1,5 раза, за второе — в 3,4 раза). Количество выявленных и взятых на учет больных шизофренией увеличилось более чем в 4 раза (за первое десятилетие — на 177%, за второе — на 306%). В то же время число больных неврозами и с патохарактерологическими отклонениями за первое и второе десятилетие даже несколько снизилось (соответственно 78 и 77% от уровня 1961 года) и только к концу 1987 года достигло 169%; есть основание связывать эту ситуацию с отставанием в развертывании специализированной пограничной службы по восточно-сибирскому региону, слабой подготовкой кадров, работающих в области «малой» психиатрии. Несколько иная динамика наблюдается при анализе наркологических показателей: в первое десятилетие (до 1971 года) число

выявленных и взятых на учет больных алкоголизмом превысило исходные цифры в 2,4 раза, а во второе десятилетие — на порядок выше показателей 1961 года; к концу 1987 года общее число лиц, страдающих алкоголизмом, в 20 раз превысило уровень 1961 года.

Несколько иная динамика психической заболеваемости населения выявлена по Дальневосточному региону

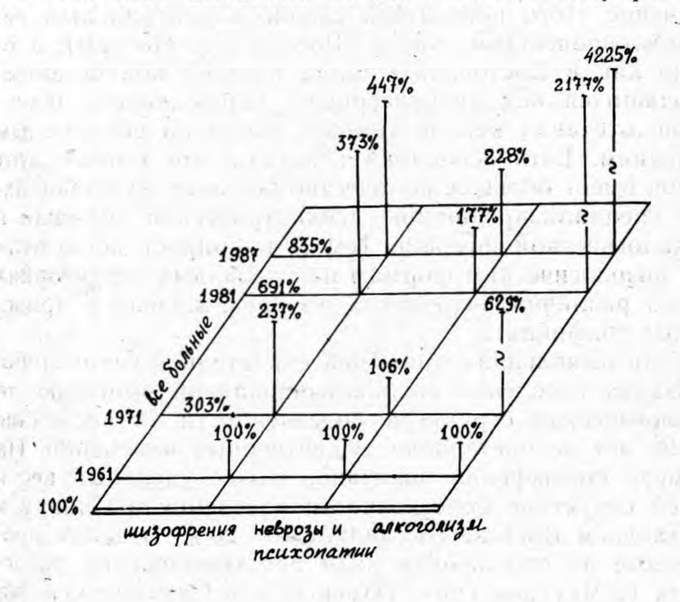


Рис. 3

(рис. 3). Так, число, выявленных и взятых на учет больных за последние 26 лет увеличилось в 8,4 раза (по десятилетиям соответственно на 303 и 691 %). При этом количество больных шизофренией возросло в 4,5 раза (в первое десятилетие — в 2,4 раза, во второе — в 3,7 раза), больных пограничными состояниями (неврозы, психопатии, неврозо- и психопатоподобные расстройства органического и соматогенного происхождения) — в 2,3 раза (наиболее существенное приращение произошло во втором десятилетии — более чем в 1,5 раза). Совершенно другие показатели отмечаются в группе больных алкоголизмом: здесь увеличение числа выявленных боль-

ных с алкогольной зависимостью более чем в 40 раз превысило исходные показатели 1961 года (в первом десятилетии — прирост в 6,3 раза, во втором — в 21,8 раза).

В целом в 1987 году произошла относительная стабилизация уровня зарегистрированной болезненности населения в Западной Сибири и на Дальнем Востоке (значение этого показателя сходно с центральным регионом европейской части России и г. Москвы), в то время как в Восточной Сибири прирост контингентов, находящихся под диспансерным наблюдением, значительно отставал как по темпам, так и по абсолютным значениям. Есть основания полагать, что именно этот регион имеет большое количество больных, нуждающихся в специализированной психиатрической помощи и наркологической помощи. Темпы и прирост по отдельным нозологическим формам на указанных территориях весьма различны (это наглядно представлено в приведенных графиках).

Если выявленная динамика свидетельствует о широте охвата населения специализированной помощью, то нозологическая структура болезненности за последние 15—20 лет не претерпела существенных изменений. На примере шизофрении показано, что ее удельный вес в общей структуре болезненности населения в Сибири и на Дальнем Востоке составляет 16—20%. В целом проведенные на протяжении ряда лет комплексные экспедиции (в Якутию, Туву, Тюменскую и Сахалинскую области, Приморский, Хабаровский края и др.) позволили уточнить многие неясные вопросы об истинной психической заболеваемости и болезненности, о связи распространения нервно-психической патологии с климато-географическими, этническими, миграционными и иными факторами.

Изучение показателей динамики алкоголизма в Восточном регионе страны за последние 27 лет обнаружило повсеместное увеличение распространенности и заболеваемости данной патологией. В табл. 1 приводится сопоставление числа состоящих на диспансерном учете на 10.000 населения (по отношению к 1961 году в процентах).

Как видно из таблицы, наиболее интенсивный прирост количества больных алкоголизмом установлен в

Таблица 1

Динамика алкоголизма в Сибири и на Дальнем Востоке (количество состоящих на диспансерном учете на 10000 населения и по отношению к 1961 году в процентах)

Год	Западная Сибирь	Восточная Сибирь	Дальний Восток	Москва	РСФСР
1961	10,7—100%	15,4 — 100%	9,6 — 100%	36,0 — 100%	10,9 — 100%
1965	14,8—138%	18,8 — 122%	26,3 — 273%	49,0 — 136%	23,0 — 211%
1971	55,7—520%	37,4 — 242%	61,9 — 644%	60,0 — 167%	53,8 — 494%
1975	97,1—906%	86,3 — 560%	88,6 — 926%	83,3 — 230%	8,3 — 736%
1980	183,6—1710%	159,4 — 1032%	197,0 — 2052%	122,6 — 339%	141,4 — 1293%
1985	236,5—2205%	170,1 — 1104%	294,8 — 3062%	146,2 — 405%	145,4 — 1788%
1987	392,8—3671%	371,0 — 2409%	405,5 — 4225%		

западно-сибирском и дальневосточном регионах, несколько меньший — в восточно-сибирском. Весьма характерно, что темпы роста алкоголизма в восточном регионе страны примерно одинаковы с показателями по России в целом, в то же время существенно опережая аналогичные данные по г. Москве.

На отдельных административных территориях Сибири и Дальнего Востока выявлены весьма существенные различия в первичной регистрации больных алкоголизмом. Так, по данным отдела эпидемиологии НИИ психического здоровья ТНЦ Российской АМН, если в Западной Сибири в 1961 году впервые было зарегистрировано 3,6 больных на 10.000 населения (в частности, в Новосибирской области — 7,7), то в 1986 году в Новосибирской области — 24,4, а в Тюменской области — 37,6. В 1961 году по Восточной Сибири показатели впервые выявленного алкоголизма имели чрезвычайно большой размах — от 1,2 в Читинской области до 11,0 в Туве; по Дальнему Востоку — от 0,3 в Якутии до 12,8 в Магаданской области. В 1986 году в Амурской и Камчатской областях впервые зарегистрировано соответственно 17,8 и 39,7 больных на 10.000 населения.

Значительно увеличились и показатели болезненности алкоголизмом [Красик Е. Д., 1988]: в Западной Сибири в 22 раза (с 10,7 в 1961 г. до 238,1 на 10.000 населения в 1986 г.), по Восточной Сибири — в 12 раз (с 15,4 до 178,8) и на Дальнем Востоке — в 25 раз (соответственно с 9,6 до 248,9). По-прежнему весьма существенные размахи в показателях учтенной болезненности установлены в отдельных областях (краях): в Западной Сибири — от 192,9 в Тюменской области до 273,3 на 10.000 населения в Алтайском крае; на Дальнем Востоке — от 196,6 больных в Амурской области до 331,5 на Камчатке.

Большие изменения за рассматриваемый период претерпело соотношение общепсихиатрической и наркологической патологии. Так, удельный вес алкоголизма в общей структуре психической заболеваемости возрос с 1961 по 1987 г. в Западной Сибири с 16 до 54%, в Восточной Сибири — с 25 до 51%, на Дальнем Востоке — с 32 до 63%. При всей значимости обнаруженной тенденции к росту учтенного алкоголизма ее не следует переоценивать: она объясняется не столько истинным увели-

чением заболеваемости, сколько первоначальной «точкой отсчета», а также организацией и последующим совершенствованием наркологической службы в стране и регионе, а также изменившимся отношением общества к пьянству и алкоголизму. С другой стороны, существенные различия в показателях учтенного алкоголизма на отдельных территориях с примерно одинаковыми социально-экономическими и климато-географическими характеристиками свидетельствуют, в первую очередь, об отличиях в активности антиалкогольной деятельности медицинского персонала и широкой общественности, что диктует важность и необходимость координации совместных усилий.

Интересным аспектом клинико-эпидемиологического и экологического рассмотрения алкоголизма является оценка его реальной распространенности в отдельных микросоциальных группах населения. Эти исследования базируются на данных о роли «малых коллективов» в генезе алкоголизма, впервые обоснованных О. В. Кербиковым (1965): речь идет о «некоторых малых группах», которые помимо основных профессиональных обязанностей связаны между собой «почти обязательными ежедневными возлияниями после работы» (в качестве примера приводятся работники столовых, ресторанов, продовольственных магазинов). Работами томских исследователей [Красик Е. Д., Миневич В. Б., 1978; Миневич В. Б. с соавт., 1990] показано, что реальная распространенность пьянства и алкоголизма во многих группах населения намного выше, чем из данных официальных источников: так, в молодом, быстроразвивающемся городе нефтянников было выявлено 163 больных алкоголизмом на 10.000 населения, в сельскохозяйственном поселке — 186, в лесном поселке — 506. С другой стороны, у студентов этот показатель почти нулевой, среди высококвалифицированных рабочих он достигает среднестатистических показателей в популяции одного из районов областного центра, среди низкоквалифицированных рабочих, постоянных мигрантов—до 800—1000 на 10.000 обследованных [Красик Е. Д., Миневич В. Б., Потапов А. И., Прядухин Ю. И., 1978]. Этими же авторами приводятся любопытные данные по определению алкоголизма среди научных работников: имеет место обнаружение психологической зависимости у 3,2 %, физиче-

ской (по сути дела, алкогольная болезнь) — у 0,9 %; если в 1986 г. среди лиц, стоящих на учете по поводу алкоголизма, научные работники составляли 0,2 %, то в 1988 г. — 0,1 % [Миневич В. Б. с соавт., 1990]; по мнению исследователей, идентификация алкоголизма в данной социальной группе «не представляет никаких сложностей: имеется в виду, что высокая общественная активность этих лиц позволяет им постоянно находиться в поле зрения соответствующих ведомств и учреждений.

Эпидемиологические исследования пьянства и алкоголизма в отдельных и редконаселенных поселках лесного и сельского хозяйства Томской области выявили определенные закономерности, многие из которых были подтверждены по той же программе с диспозицией в 10 лет [Миневич В. Б., 1986]: в 1976 году отмечены высокие расходы на алкоголь (и минимальные — на культурные нужды), отсутствие общественной вовлеченности, высокая текучесть кадров, миграция и т. д.; через 10 лет — повышение образовательного, культурного уровня, резкое снижение затрат на алкоголь, уменьшение противоправного поведения лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения. Пьянство в последние годы приняло несколько другие формы, стало более маскированным, скрытым, «хозяйственно-парфюмерным». Это обстоятельство в существенной мере затрудняет выявление больных алкоголизмом с применением прежних методов обследования. С целью их совершенствования научными сотрудниками НИИ психического здоровья в г. Томске отработана методика выявления лиц, систематически употребляющих алкоголь, и больных алкоголизмом в территориально-производственном комплексе (предприятие — микрорайон) областного центра и в одном из северных городов области [Мещеряков Л. В., Мандель А. И., 1985; Мещеряков Л. В., 1986]: в основу взят анализ данных в 14 ведомствах и организациях, фиксирующих проявления пьянства и алкоголизма с последующим клинико-социальным обследованием этих лиц. Исследования выявили значимость некоторых факторов, влияющих на становление «группы риска» по отношению к этанолу, на развитие болезни, ее прогностическую оценку.

2.2. Динамика алкогольной ситуации на примере двух городов Сибирского региона

Анализ медико-социальных показателей становится составной частью обширной программы исследований, посвященной утверждению здорового образа жизни и проводимой в Сибирском регионе уже в течение нескольких лет [Семке В. Я. с соавт., 1988]. Динамика статистических показателей деятельности различных служб и организаций позволила не только адекватно оценить алкогольную ситуацию на данном отрезке времени, но и спрогнозировать её изменчивость *. Выявленные наиболее информативные показатели и их взаимосвязь позволяют скорректировать деятельность административных и правоохранительных органов [Прядухин Ю. И. с соавт., 1987; Кошкина Е. А., 1988]. При решении этой задачи рассматривалась динамика медико-социальных показателей за последние 8 лет в двух городах с различиями в климатических условиях, возрастной структуре, интенсивности миграционных потоков и в промышленности [Рогалева Н. И., 1988]. Полученные данные не отражают ситуацию во всей полноте и многоплановости, а на данном этапе исследования являются характеристикой наиболее доступного пласта.

Материалом для анализа послужили официальные данные 10 служб и ведомств (всего 79 показателей): райисполком (горисполком) — 15, общепит — 8, РОВД (ГОВД) — 9, ГАИ — 3, районо (гороно) — 4, инспекция и комиссия по делам несовершеннолетних — 9, медвытрезвитель — 19, наркодиспансер (наркокабинет) — 6, станция «скорой помощи», травмпункт, поликлиники (медсанчасть) — 3, райком (горком) партии — 3 (табл. 2). Данные обрабатывались с помощью метода многомерной математической статистики [Ефимов В. М., 1983].

Среди статистических методов изучения временных рядов (авторегрессия, разложение в ряд Фурье, спектральный анализ и т. д.) в последнее время все большую популярность приобретает метод главных компонент (с разложением на естественные ортогональные составля-

---

* Сбор материала и его первичный анализ проводился мл. сотр. отделения клинической и социальной наркологии Н. И. Рогалёвой.

Таблица 2

Динамика наиболее значимых показателей, характеризующих алкогольную ситуацию сравниваемых городов

Показатель	ТОМСК								СТРЕЖЕВОЙ							
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
1	2								3							
Реализация винно-водочных изд., млн. руб.	18,0	19,0	20,1	20,0	19,5	18,9	11,7	8,3	9,2	9,8	10,8	13,2	7,6	4,5	2,2	0,9
Реализация сахара, тыс. руб.	1640	1657	1742	1512	1536	1881	2023	2136	728	843	891	832	866	1040	1124	1346
Прогулы в пром-ти, дни	4321	7189	5967	3969	3150	2485	2990	1554	503	240	218	109	182	155	154	174
Прогулы в строи-ве, дни	3276	3731	1407	1450	1798	1639	2356	3171	1957	643	578	752	522	529	382	644
Зарегистрированные браки	426	444	471	456	500	559	545	621	382	420	465	420	390	521	576	598
Зарегистрированные разводы	456	433	461	440	474	490	501	472	195	186	202	212	189	202	251	245
Нарушение ст. 1	7624	8206	9924	8030	7278	5600	6380	5900	1102	1418	1370	1601	2002	1267	1270	1499
Выявленные факты самогоно- и браговарения	0	1	3	2	9	25	33	134	0	0	3	5	4	21	65	110
ДТП, совершенные в нетрезвом виде	17	16	18	19	7	4	9	4	7	8	6	9	5	7	12	6
Направление в ЛТП	136	142	146	147	150	151	156	140	33	33	32	16	32	34	35	37

Продолжение табл.

Продолжение табл.

1	2								3							
Подростки, состоящие в ИДН по пьянству	53	25	48	60	60	83	70	28	15	16	7	6	5	15	25	22
Всего поступило в медвытрезвитель	8991	8948	8499	6885	4911	4962	5457	4819	1687	1885	1777	1789	1775	1221	1034	1354
Поступило в медвытрезвитель повторно	112	178	127	60	85	74	107	48	60	259	33	56	78	25	39	67

ющие или функции). Привлекает внимание и универсальность этого метода, заключающаяся в том, что фактически одними и теми же приемами решаются задачи анализа, прогноза и классификации временных рядов. Методом главных компонент можно обрабатывать и совокупности взаимосвязанных временных рядов. В этом случае информация также представляется в виде матрицы, в которой объектами являются отсчеты, например годы, а признаками служат исследуемые временные ряды. После обработки полученной матрицы методом главных компонент большая часть информации оказывается сосредоточенной в первых компонентах. Любую из них можно исследовать по изложенной ниже схеме.

Медико-социальные показатели можно объединить в 4 основные группы:

— показатели «асоциальных последствий пьянства и алкоголизма»;

— показатели «нестабильности семейных отношений»;

— показатели реализации винно-водочных изделий, первичных продуктов для самогоно- и браговарения, некоторых других видов продукции (бытовой химии, дешевой парфюмерии и т. д.);

— показатели деятельности наркологической службы.

Полученные данные по одному из районов областного центра с определенной степенью вероятности позволяют распространить их на весь город, а также сравнить с другим, более молодым городом этой области.

Результаты анализа показали, что первую главную компоненту (55,8 % общей изменчивости) составляют две большие группы медико-социальных показателей: первая охватывает 1981—83 гг., а вторая — 1986—88 гг.

Первый временной отрезок (1981—1983 гг.) представляет собой период «незавуалированного», открытого пьянства, последствия которого наиболее полно представлены во многих сферах человеческой деятельности. Речь идет прежде всего об асоциальных (антисоциальных) проявлениях последствий пьянства и алкоголизма, которые можно обнаружить на производстве, в здравоохранении, торговле, а также в сферах, входящих в компетенцию охраны правопорядка и т. д. Вполне оправдано предположение, что этот период не ограничен тремя данными годами, а включает в себя предшеству-

ющие десятилетия. В этот период ситуация характеризуется максимумом прогулов по причине пьянства в промышленности и строительстве, растет число преступлений, связанных с алкоголизацией — прежде всего нарушения правил торговли спиртными изделиями, дорожно-транспортные происшествия (ДТП) по вине нетрезвого водителя и другие виды преступлений, совершенных в состоянии опьянения, в том числе несовершеннолетними (42,5% от общего числа преступлений, совершенных ими). Это наибольшая цифра за весь период 1981—88 гг. Учреждения здравоохранения фиксируют рост травм, полученных в состоянии алкогольного опьянения, а также учащение вызовов «скорой помощи» по обслуживанию пострадавших, находящихся в нетрезвом состоянии. Эти годы также характеризуются самым высоким показателем поступивших в медвытрезвитель за весь период, особенно среди учащихся и лиц без особого места жительства (БОМЖ). Отмеченные выше последствия проявляются на фоне доступности винно-водочных изделий и их растущей реализации как в розницу, так и в общепите (соответственно 40 и 6,5% в общем товарообороте).

Второй период охватывает три года (1986—1988 гг.). Группа показателей оказалась альтернативной первой. Особенностью алкогольной ситуации этих лет являются качественные изменения последствий пьянства и алкоголизма: они стали более скрытыми, завуалированными, изменилась и форма психологической защиты пьющих. Принятие известных антиалкогольных мер (1985 г.) создало условия для перемещения фактов злоупотребления спиртными изделиями из сфер общественной, производственной жизни в семью, что сделано эти факты менее доступными для выявления. Наряду с этими появились и новые характеристики, свидетельствующие об изменении отношения к пьющим. В 1987 г. произошло резкое ужесточение административных мер на производстве в отношении совершивших прогулы по причине пьянства — прежде всего возросло количество увольнений. Оптимизируется деятельность наркослужбы: растет число поставленных на учет (в том числе с I стадией от 391 в 1981 г. до 596 человек в 1988 г.). Увеличивается число лиц, направленных на лечение в ЛТП. Правоохранительными органами регистрируется

рост нарушения противоалкогольного законодательства — с 5600 до 6380 соответствено. Учащаются поступления в медвытрезвитель.

Ограничение реализации винно-водочных изделий вызвало повышение спроса у населения на первичные продукты для самогоно- и браговарения (сахар, дрожжи, карамель и т. д.). Так, реализация сахара за последние 2 года увеличилась в 1,5 раза. Соответственно вырос показатель выявленных фактов самогоно- и браговарения: в 1988 г. их стало в 4 раза больше, чем в 1985 г.

На этом фоне в рассматриваемый период выделяется группа показателей, условно названная «показателем растущей нестабильности семейных отношений». Прежде всего возросло число зарегистрированных разводов при уменьшении браков. Повысилось количество подростков, поставленных на учет в инспекции по делам несовершеннолетних по поводу алкогольных эксцессов, особенно среди работающих подростков и учащихся ПТУ. Увеличилось число случаев лишения родительских прав. Данная группа показателей косвенно свидетельствует об изменении формы проявления последствий пьянства, о переходе факта злоупотребления спиртным в семью.

Вторая главная компонента (17 % общей изменчивости) включает основные характеристики алкогольной ситуации 1984—85 гг. В целом она мало отличается от предыдущих лет: остается по-прежнему высоким уровень реализации винно-водочных изделий, последствия злоупотреблений проявляются во многих сферах. Для этого периода наиболее информативной стала группа показателей «антиобщественного поведения»: нарушения общественного порядка, противоправные действия в состоянии алкогольного опьянения, в том числе и среди несовершеннолетних, лишение родительских прав, количество семей, состоящих на учете в ИДН. Отличие от 1981—83 гг. отражено в показателе, фиксирующем прогулы в промышленности и строительстве: примерно в 2 раза сокращается их число в 1985 г. Это можно объяснить усилением административных взысканий, направленных на прогульщиков. Однако проведенный анализ показал, что положительный эффект оказался кратковре-

менным, т. к. к 1987—88 г. сформировалась тенденция к увеличению прогулов на производстве.

Таким образом, ограничение реализации винно-водочных изделий привело к неоднозначному результату. На примере г. Томска можно сделать следующие выводы. С одной стороны, положительным стало укрепление дисциплины на производстве и появление порядка на улицах города благодаря активизации деятельности органов охраны правопорядка и наркослужбы. С другой — проявились следующие отрицательные моменты: ужесточение административных мер привело лишь к временному успеху. Для настоящего времени самыми неблагоприятными прогностическими факторами являются показатели измененной (скрытой) формы проявления последствий пьянства — «нестабильность семейных отношений», дальнейшее «омоложение» контингента употребляющих спиртные изделия, потребление суррогатов и лекарственных средств, усиливающих опьянение, а также антиобщественное поведение в состоянии алкогольного опьянения.

Второй исследуемый город — Стрежевой (молодой, интенсивно развивающийся, расположенный на севере Томской области). Более суровые климатические условия, наличие газо- и нефтедобывающей промышленности сформировали его особенности: значительный миграционный поток (обусловленный вахтовым методом работы и сравнительно высокими заработками), преобладание в демографической структуре лиц подросткового и молодого возраста, причем определенную часть составляют вахтовики, проживающие в общежитиях и не имеющие семьи.

В целом алкогольная ситуация и ее динамика мало отличаются от г. Томска и также характеризуются неоднозначностью в оценке. До 1985 г. ситуация отражает яркие проявления «асоциальных последствий» пьянства и алкоголизма на фоне растущей реализации винно-водочных изделий и их доступности. Так, в этот период отмечено максимальное число прогулов в промышленности и строительстве, поступлений в медвытрезвитель, особенно повторных (в 1982 г. их было в 9 раз больше, чем в 1987 г.), растет число травм, полученных в состоянии алкогольного опьянения, учащаются случаи криминогенного поведения, связанные со злоупотреблением

λ_2 = 22,1% (17,0%)

λ_1 = 43,0% (55,8%)

г. Томск

г. Стрежевой

спиртным, и т. д. После резкого сокращения реализации спиртных изделий (в отличие от более постепенного снижения доли их в товарообороте г. Томска) отмечается, с одной стороны, уменьшение прогулов на производстве, поступлений в медвытрезвитель, сокращается количество ДТП по вине нетрезвого водителя. С другой стороны, уже в 1987 г. количество ДТП увеличивается более чем в 2 раза (по сравнению с 1985 г.), наметилась тенденция к росту травматизма (по данным медсанчасти число травм увеличилось примерно в 2 раза). Возрастает реализация товаров бытовой химии и дешевой парфюмерии (соответственно на 34 и 11%), повышается спрос на первичные продукты для самогоно- и браговарения (например, реализация сахара выросла на 22%).

Таким образом, при сравнении двух городов следует отметить, что динамика медико-социальных показателей имеет определенное сходство, исключением стал 1985 год (рис. 4). Несмотря на некоторые различия в характере динамических кривых (плавная траектория Томска и крутая, более резкая Стрежевого), в целом они похожи и отражают определенное сходство в направлении развития алкогольной ситуации. 1985 год — критическая точка в характере распределения кривых, связанная с ограничением продажи винно-водочных изделий. Основным фактором, сформировавшим различия в этом году между двумя городами, стало сокращение, а затем и прекращение продажи спиртного. По сравнению с Томском на севере ограничение происходило более резко, что скоррелировано с ростом реализации товаров бытовой химии и дешевой парфюмерии. 1985 год стал своеобразным «катализатором» таких явлений, как рост выявленных фактов самогоно- и браговарения, увеличение числа больных I стадией алкоголизма, взятых на наркологический учет.

В Стрежевом проведен анализ расхода медикаментов. Результаты исследования показали определенную динамику и трансформацию медикаментов в их реализации: если в 1982 г. преобладал расход таких препаратов, как димедрол, тазепам, теофедрин, кофеин, мебикар (т. е. наиболее доступных препаратов, которые могут вызвать опьянение и тем более значительно усилить алкогольное опьянение), то в 1986 г. сформировались вполне определенные группы именно токсикома-

(1987), с учетом демографических характеристик — в исследованиях P. Ornstein et al. (1985), G. Nordström et al. (1987). Совокупность демографических и клинических показателей алкоголизма, биологических и психосоциальных детерминант рассмотрена рядом авторов [Jacobi C. et al., 1987; Glatt M., 1986; Fialkov M., 1985; Shaw G., Spence M., 1986; Nesselrode J., McArdle J., 1985].

Многофакторное изучение проблемы с учетом всего комплекса клинических, биосоциальных и психологических факторов (с выявлением наиболее значимых) приобретает особую ценность, если учесть своеобразие социально-психологических воздействий в регионе, где проводилось исследование [Семке В. Я. и соавт., 1988].

Для выполнения поставленных задач безвыборочному обследованию были подвергнуты больные алкоголизмом мужчины в порядке их обращаемости за наркологической помощью в период с 1985 по 1988 г. Из анализа были исключены все женщины и мужчины монголоидной расы (татары, башкиры, ханты и др.) в силу имманентно обусловленных различий патокинеза и клиники алкоголизма у лиц европеидной и монголоидной расы [Miller N. et al., 1988]. С учетом вышеизложенных критериев отобранные больные (I группа) составили 73,2% от всех страдающих алкоголизмом мужчин города и, таким образом, выборка может считаться репрезентативной. Дополнительно была обследована контрольная группа лиц, идентичная основной по ряду социальных критериев, также систематически употребляющая спиртные напитки, но без признаков зависимости от алкоголя (II группа).

Таблица 3

Распределение больных по возрасту

Группа	Возраст, лет						Всего	
	21—30		31—40		41—50			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I	109	35,0	123	39,5	80	25,5	312	100,0
II	34	46,0	24	32,5	16	21,5	74	100,0

Сопоставление основных социально-демографических характеристик двух групп обследованных позволило получить ряд существенных различий. По возрасту все обследованные распределились следующим образом (табл. 3).

Обращает на себя внимание, что более чем треть больных (35%) — молодого возраста (до 30 лет). Средний возраст субпопуляции больных составлял 35,7±8,0 лет, в то время как лица, систематически употребляющие алкоголь, оказались моложе: их средний возраст 32,4±8,3 лет.

Как было упомянуто выше, каждый житель города в разное время мигрировал из многих областей нашей страны. Распределение обследованных по месту проживания до миграции в Стрежевой представлено следующим образом (табл. 4).

Таблица 4

Распределение обследованных по месту проживания до миграции

Место проживания	Группа I		Группа II	
	Абс.	%	Абс.	%
Западная Сибирь	158	50,5	35	47,0
Восточная Сибирь и Дальний Восток	12	4,0	1	1,5
Урал	11	3,5	2	2,5
Европейская часть РСФСР	73	23,0	11	15,0
Украина	37	12,0	11	15,0
Средняя Азия	18	6,0	12	16,0
Кавказ	3	1,0	2	3,0
Всего...	312	100,0	74	100,0

В географии «домиграционного» проживания прослеживается определенная закономерность. Половина обследованных (50,5%) приехала в Стрежевой с юга Западной Сибири; значительное количество мигрантов — с Украины (12%), Поволжья (23%). Напротив, случаи

лиза начала систематического употребления алкоголя приведены в табл. 11.

Таблица 11

Соотношение прогредиентности алкоголизма и возраста начала систематического употребления алкоголя

Прогредиентность	Возраст начала систематического употребления алкоголя, лет					Всего	
	17—19	20—22	23—25	26—30	31—40	Абс.	%
0—3	10	16	10	13	1	50	18
0—6	20	51	25	23	2	121	44
7—15	31	38	36	12	7	125	45
Выше 15	8	10	7	6	0	31	11
Всего...	59	99	68	41	10	277	100

В этой же таблице дано распределение больных в зависимости от прогредиентности заболевания, которая, являясь производной величиной от начала систематического употребления алкоголя и возраста формирования ААС, опосредованно входит в комплекс признаков первой главной компоненты.

Как видно из табл. 10, подавляющее большинство больных (82% — 226 человек) начали систематически употреблять алкоголь в возрасте до 25 лет и 43% из них — в возрастном интервале 20—22 лет. Эти данные имплицитно связаны с выводами, вытекающими из анализа факторов, сопутствующих началу алкоголизации. В трети случаев из 12 факторов, совпадающих с началом этапа систематического употребления алкоголя, была указана демобилизация из армии и вступление в брак, что полностью пересекается с выделенным возрастным интервалом (средний возраст вступления в брак 20,0±±0,45 лет). Среди обследованных больных не обнаружено зависимости степени прогредиентности от возраста начала систематического употребления, так сказать, «в чистом виде». С одинаковой частотой встречаются случаи прогредиентного и умеренно прогредиентного течения заболевания: прогредиентный темп течения алкоголизма (развитие физической зависимости менее чем